**כותרת**

"30 סיבות למה": הפרעת קשב סובלת מבעיות מהימנות ותוקף שמחייבות את הוצאתה ממדריך האבחנות הפסיכיאטרי.

**תקציר**

העמדה המוסכמת על הקהילה המדעית היא שעשרות מיליוני ילדים ברחבי העולם סובלים מהפרעה נוירו-התפתחותית הקרויה הפרעת קשב. לכאורה, מקורה של ההפרעה הוא בפגם מבני או תפקודי במוח ומשכך היא עתידה ללוות את הילד במשך כל חייו ולגרום לו למצוקה ולפגיעה בתפקוד. למרות תחושת הקונצנזוס המדעי, הפרעת הקשב היא נקודת מחלוקת חשובה וּוָתיקה בשיח הפסיכו-רפואי (פרק המבוא). המאמר הנוכחי משרטט ביקורת מדעית מפורטת שמערערת על עצם קיומה של האבחנה, מתוך הפריזמה של הפילוסופיה שמאחורי המדע בפסיכופתולוגיה (פרק 1) ומתוך דיון בארבעה קריטריונים מקובלים להתנהגות אב-נורמאלית: חריגות, סכנה, מצוקה ופגיעה בתפקוד (פרקים 2-5). בכל אחד מהקריטריונים הללו, מובאות טענות מרכזיות מתוך הספרות המדעית הקונצנזואלית **בעד** קיומה של ההפרעה. אל מול הטענות הללו מוצגת ביקורת עניינית ומבוססת מדעית שחושפת 30 מאפיינים ייחודים של ההפרעה וליקויים מתודולוגיים במחקר אודותיה שפוגעים באופן חמור במהימנות ובסוגי התוקף השונים של המבנה התיאורטי הקרוי הפרעת קשב. המאמר דן גם במקרי קיצון של מצוקה חריפה ופגיעה מקיפה בתפקוד (פרק 6) ובמחירים הגלויים והסמויים של הטיפול התרופתי הנפוץ להפרעת קשב, מחירים שכוללים תלות ומצוקה שמתועדים בספרות המדעית ואינם תמיד גלויים לציבור (פרק 7). בהעדר תוקף מספק להפרעה, מתערערת גם ההצדקה המוסרית לתת לילדים (בריאים) תרופות פסיכיאטריות שגורמות למצוקה ושהשפעותיהן לטווח ארוך טרם נחקרו כראוי. תמונת העל העולה מתוך המאמר הנוכחי מצביעה על כך שהפרעת קשב היא **לא** פגם אורגני נוירו-התפתחותי שפוגע בהתנהלות הילד ביומיום, אלא תוצר של הבנייה חברתית שמקורה במפגש שבין תכונות נורמטיביות של ילדים לבין דרישות מערכת החינוך (פרק הסיכום). לאור עשרות הפגמים התיאורטיים והמתודולוגים המפורטים במאמר (טבלה 1), יש לשקול את הסרתה של הפרעת הקשב ממדריך האבחנות הפסיכיאטרי לְאלתָר.

**על הכותב**

ד"ר יעקב אופיר הוא פסיכולוג קליני, עמית מחקר בטכניון ואבא לשלושה ילדים בריאים, טפו טפו, בלי עין הרע.

**מבוא**

המאמר הנוכחי דן בשאלה איך בדיוק נראית התופעה הקרויה הפרעת קשב והאם התמונה הקלינית שמאפיינת את ההפרעה מצדיקה מתן אבחנה רפואית והמלצה על טיפול תרופתי.

לכאורה, הקונצנזוס המדעי אודות הפרעת קשב הוא חד משמעי. הפרעת קשב היא הפרעה נוירו-התפתחותית שפוגעת בתפקוד של עשרות מיליוני ילדים ברחבי העולם וגורמת להם לפגיעה בתפקוד ולמצוקה רבה (American Psychiatric Association, 2013; Daley, 2006; Vos et al., 2017). לשיטתם של המצדדים בקיומה של ההפרעה, מקורה של ההפרעה הוא בפגם אורגני במוח שגורם לחוסר איזון כימי ומשכך ההפרעה עתידה ללוות את האדם במשך כל חייו (Biederman & Spencer, 1999; Faraone, 2005; Kooij et al., 2019).

יחד עם זאת, למרות תחושת הקונצנזוס סביב הפרעת הקשב, חוקרים וקלינאים רבים ברחבי העולם מבקרים את עצם קיומה. מידת המהימנות והתוקף של הפרעת הקשב כהפרעה נוירו-פסיכיאטרית אורגנית ובלתי תלויה (במערכת החינוך למשל), מהווה נקודת מחלוקת חשובה וּוָתיקה בשיח הרפואי, המשפטי והמוסרי (Foreman, 2006; Parrillo, 2008). המבקרים את הפרעת הקשב מצביעים על תוקף מבחין ירוד ברשימת הסימפטומים ובאטיולוגיה המשוערת של ההפרעה (Lange, Reichl, Lange, Tucha, & Tucha, 2010) ומתריעים בפני תופעות מטרידות נרחבות של אבחון יתר ושל טיפול יתר (Mayes, Bagwell, & Erkulwater, 2008; Merten, Cwik, Margraf, & Schneider, 2017).

מקצת מהמומחים המבקרים את הפרעת קשב הם: הנוירולוג ריצ'רד סול, שקרא לספרו: *ADHD does not exist* וטען שמדובר בתסמינים שמקורם במצבים רפואיים אחרים (Saul, 2014), הפסיכולוג ג'רום קגן שטען שמדובר ב"המצאה" מפני ש- "ל- 90% מתוך מיליוני המאובחנים, אין מטבוליזם אבנורמלי של דופמין" (Spiegel, 2012), המומחית להתפתחות הילד, ג'ניפר סטולזר, שהציגה נתונים מטרידים על הגורמים הכלכליים והתרבותיים שעומדים בבסיס האבחנה (Stolzer, 2009), ולבסוף, קית' קונורס בכבודו ובעצמו, "אבי הפרעת הקשב" (כן, כן, אותו אחד שניסח את השאלונים על פיהם נהוג לאבחן את ההפרעה), שכינה את הנסיקה באבחונים ובמרשמים בארה"ב: "a national disaster of dangerous proportions". לדבריו של קונורס, "המספרים גורמים לזה להיראות כמו מגיפה. ובכן, זה לא. זה מגוחך. זוהי המצאה המצדיקה את מתן התרופות ברמות חסרות תקדים ובלתי מוצדקות" (Schwarz, 2016).

לאור כל אלו, ישנה חשיבות רבה בעיניי להציג גם את הצד הפחות מוכר בשיח המדעי על הפרעת קשב לציבור. במאמר הנוכחי אני מבקש לבחון לעומק את מידת המהימנות והתוקף של המבנה התיאורטי שעומד בבסיס הפרעת הקשב. כל פרק יציג את הטענות המרכזיות בעד קיומה של הפרעת קשב ובעד הטיפול התרופתי. אל מול טענות אלו, יוצגו ביקורות ענייניות ומפורטות שיחשפו את המאפיינים הייחודיים (שלא לומר המשונים) של הפרעת הקשב ואת הליקויים המתודולוגיים במחקר אודותיה. על מנת להצליח להקיף ולבסס את עיקריי הביקורת, המאמר הנוכחי כולל שבעה תתי פרקים. יחד עם זאת, מומלץ לאזור משאבי קשב (בלי ריטלין כמובן) ולקרוא את המאמר בעיון עד לפרק הסיכום מפני ששם תוצג תמונת העל המדעית שכוללת טבלה מקיפה עם רשימה של 30 מאפיינים וליקויים שפוגעים במהימנות ובסוגי התוקף השונים של המבנה התיאורטי הקרוי הפרעת קשב. תמונה מדעית זו, כך אני מאמין, מוכיחה שהפרעת קשב אינה עומדת בקריטריונים מדעיים מספקים ולפיכך יש לשקול את הוצאתה ממדריך האבחנות הפסיכיאטרי.

1. **הפילוסופיה שמאחורי המדע בפסיכופתולוגיה**

טענה ראשונה בעד קיומה של הפרעת הקשב היא ש: מבחינה סטטיסטית, עצם ההתקבצות של מספר תכונות כמו תנועתיות, מוסחות ואימפולסיביות, פעם אחר פעם, כאשכול אחיד ומובחן, מוכיחה את קיומה של ההפרעה.

תשובה: יש מידה מסוימת של אמת בטענה זו. ההחלטה על קיומה של הפרעה נפשית אמורה להתקבל, בין השאר, גם על בסיס סטטיסטי ויתכן שלאשכול התכונות המדובר, אכן ישנם כמה פרמטרים בסיסיים (מהימנות מבחן חוזר, עקיבות פנימית ותוקף מבחין) שדרושים כדי להצביע על קיומה של תופעה. עם זאת, אל לנו להתבלבל, הסטטיסטיקה היא רק כלי אחד בארגז הכלים המדעי.

לפני הסטטיסטיקה, ישנה הפילוסופיה והסוציולוגיה שמאחורי המדע. לאורך כל ההיסטוריה, בני האדם ביקשו להבין ולסווג את ההתנהגות האב-נורמאלית (Blashfield, Keeley, Flanagan, & Miles, 2014). הנחת המוצא המדעית, או בשמה המוכר משיטות מחקר, 'השערת האפס' (H0), היא **שבני אדם הם נורמאליים עד אשר יוכח אחרת**, אפילו אם הם הומוסקסואלים, אנרגטיים, מופנמים או צופים במסכים. כדי לדחות את השערת האפס ולטעון שמקבץ התכונות של פיזור דעת, אימפולסיביות ותנועתיות מהוות הפרעה פסיכיאטרית (H1), על החוקר להוכיח שהתופעה האנושית היא 'לא נורמאלית', כלומר שהיא חריגה עד מאוד, בקצה הזנב של ההתפלגות של התופעה בקרב בני האדם (ראו גם בפרק הבא). וזהו רק התנאי הראשון וההכרחי, שבלעדיו לא ניתן להתקדם אל עבר התנאים הבאים. הרי אם לכל כך הרבה ילדים יש הפרעת קשב, אז עולה השאלה שנרמזת גם בבסיס היצירה המקורית של הנסיך הקטן: מי פה לא נורמאלי? הילד או אנחנו, המבוגרים?

יתירה מזאת, אפילו אם הצלחנו להוכיח שהתכונה האנושית המדוברת היא אכן חריגה, החריגות עצמה אינה מספיקה כדי לדחות את השערת האפס ולטעון שמדובר בהפרעה פסיכיאטרית. בני אדם מטבעם שונים אחד מהשני, חלקם פעלתניים, חלקם אסוציאטיביים וחלקם אוהבים סושי. באקדמית קוראים לזה Neurodiversity (McGee, 2012). לעיתים דווקא אותה חריגות נוירולוגית היא גם סוד הקסם שלהם (Armstrong, 2011). כך למשל, 'גאונות' מעצם הגדרתה, עומדת בקריטריון החריגוּת, אך ככל שידוע לי, היא אינה מעידה על קיומה של פתולוגיה.

כדי להגדיר התנהגות אנושית כהפרעה נפשית, על החוקר להוכיח את ההשערה התיאורטית לפיה הדפוס החריג פוגע באופן משמעותי ביכולתו של האדם לחיות חיים נורמטיביים. פגיעה זו נמדדת לרוב באמצעות בחינת קיומם ועוצמתם של הקריטריונים הבאים: סכנה לאדם עצמו או לסובבים אותו, מצוקה סובייקטיבית ופגיעה בתפקוד יומיומי (Davis, 2009). כמובן שלא כל הקריטריונים חייבים להתקיים במלואם בכל הפרעה. יש 'טרייד אוף' בין הקריטריונים. כך למשל, תופעה שגורמת לפגיעה חמורה בתפקוד כמו מוגבלות שכלית אינה חייבת לכלול את קריטריון הסכנה ואילו תופעה שמסכנת בצורה מידית את האדם או את סביבתו אינה חייבת לכלול פגיעה בתפקוד או אפילו חריגות קיצונית. אך בסופו של יום, כדי לטעון שהתנהגות אנושית היא הפרעה פסיכיאטרית, עלינו לוודא שהמקבץ הסטטיסטי החריג של התכונות הנתונות אכן מייצר פגיעה חמורה ומשמעותית באפשרות לנהל חיים נורמטיביים.

מלבד הפילוסופיה שמאחורי המדע, חשוב להכיר גם את ההיסטוריה והסוציולוגיה של הפרעת הקשב. בסה"כ הפרעת קשב היא המצאה פסיכיאטרית די חדשה. אמנם בתחילת המאה הקודמת תועדה הרצאה שעסקה ב"פגם בשליטה מוסרית של ילדים" שכלל למשל סימפטום של אכזריות כלפי בעלי חיים (Still, 1902), אך בפועל, הפרעת הקשב המודרנית, בדגש על הליקוי הקוגניטיבי שבה, נכנסה לחיינו רק מהגרסה השלישית של מדריך האבחנות הפסיכיאטרי (ה-DSM) בשנת 1980 ורק לאחר גילוי נפלאות האמפטמינים (1937) והריטלין (1963) בטיפול בהפרעות התנהגות (אופיר, 2019ב). מאז עברה הדיאגנוזה של ההפרעה כמה וכמה שינויים ובשונה מההליך הדיאגנוסטי המקובל של מרבית המצבים הרפואיים, הדיאגנוזה של הפרעת הקשב נשזרה בקשר גורדי עם התנהגותו של הילד בבית הספר.

ההקשר הבית-ספרי יצר מצב בו רופאים המאבחנים את ההפרעה אינם חייבים לראות בעיניהם את הסימפטומים של ההפרעה על מנת לאבחן אותה (ראו גם בפרק 5). הם יכולים להסתמך על שאלונים ועל עדויות של הורים ומורים שמדווחים על טעויות בחוברות עבודה, ילקוט מבולגן, או התפתלות בכיסא. כל אלו נחשבים כיום לאינדיקטורים תקפים לקיומה של הפרעה מוחית. זאת למרות, שמשחר ההיסטוריה, בני האדם ממגוון תרבויות ראו בילדות תקופה בה ישנה פעלתנות גופנית רבה, השתוללות, חוסר תשומת לב ואפילו חוסר צייתנות והרגזת מבוגרים. התנהגויות אלו מאפיינות אפילו גורים של יונקים אך בבית הספר הן אסורות. המצב החדש הזה מפרנס את כולם (חוץ מאת הילד והוריו). סגל בית הספר, רופאים, פסיכולוגים, מכוני אבחון, תזונאים, מטפלים בפרחי בך, וכמובן חברות התרופות, כולם מתגייסים להכחדת התנהגויות נורמטיביות שהפכו להיות פתולוגיות רק בעשורים האחרונים. מדובר בתעשייה של מיליארדי דולרים בשנה (Stolzer, 2009).

כעת, לאחר שהנחנו את התשתית הפילוסופית והסוציולוגית לדיון, הבה נבדוק האם ועד כמה הפרעת הקשב, כפי שה- DSM עצמו מגדיר אותה, עומדת בארבעת הקריטריונים: חריגות, סכנה, מצוקה ופגיעה בתפקוד.

1. **קריטריון החריגות**

טענה בסיסית בעד קיומה של הפרעת הקשב היא ש: הפרעת הקשב עומדת בקריטריון החריגות הדרוש לשם אבחנה פסיכיאטרית ושהשיעורים הגבוהים של האבחנה לא מערערים על תוקף האבחנה מפני שהן חלק מתופעה ידועה שנקראת אבחון יתר.

תשובה: רגע לפני שנתייחס לבעיית אבחון היתר, עלינו להגיע להסכמה על המילה "חריג". דוגמה קלאסית לקריטריון מוסכם של חריגות ניתן לראות בשכנה של הפרעת הקשב באשכול ההפרעות הנוירו-התפתחותיות שנקראת: מוגבלות שכלית. על בסיס ההנחה שמנת משכל (IQ) מתפלגת באופן נורמאלי באוכלוסייה, מוסכם כי חמשת האחוזים שנמצאים בקצוות ההתפלגות יכולים להיחשב כאוכלוסייה חריגה. כלומר, קרוב ל- 2.5% מבני האדם מאופיינים עם מנת משכל גבוהה ביותר וכ- 2.5% מבני האדם מאופיינים עם מנת משכל נמוכה ביותר, באופן חריג (להמחשה, ראו בתרשים כאן).



לכאורה, שכיחות של 2.5% יכולה לשמש אותנו ככלל אצבע לא רע להגדרת רמה חריגה (חיובית או שלילית) של מאפיינים אנושיים, אך אפילו שכיחות של 2.5% אינה מספיקה לאבחנה של מוגבלות שכלית. כאמור בסעיף הקודם, ההגדרה של הפרעה פסיכיאטרית אינה תלויה רק בחריגות התופעה אלא גם במידה בה החריגות (למשל מנת משכל נמוכה) פוגעת באדם. בהתאם לכך, ה- DSM מציין כי שכיחות המוגבלות השכלית עומדת על כ- 1% בלבד וכי שכיחות המוגבלות השכלית החמורה עומד על 0.6% (כ- 6/1000).

דוגמה אחרת ניתן לראות בהפרעה נוירו-התפתחותית נוספת הקרויה: הפרעת הספקטרום האוטיסטי. בהפרעה זו, ה- DSM מדווח על עליה בשכיחות האבחנה ושכעת, "מסיבות לא ידועות", שכיחות הפרעת הספקטרום האוטיסטי עומדת על מספר (די גבוה) של: 1%. באופן מפתיע, ה- DSM עצמו מכיר באפשרות שיתכן שהעלייה בשכיחות האבחנה עד כדי אחוז אחד שלם מתוך האוכלוסייה, קשורה לשינויים שהוכנסו בגרסה הנוכחית של ה- DSM (American Psychiatric Association, 2013).

כעת, הבה נתבונן בשיעורי הפרעת הקשב. אפילו אם נשאר בגישה השמרנית ונקבל את המספר המדווח ב- DSM (5%) כמייצג של השכיחות האמיתית של ההפרעה באוכלוסייה, אפילו אז, נותרנו עם עשרות מיליוני ילדים ברחבי העולם לכל הפחות (Vos et al., 2017), שסובלים מפגם נוירו-התפתחותי שעתיד ללוות אותם לכל אורך חייהם (Kooij et al., 2019). במילים אחרות, עוד לפני שניסינו להסביר את המספרים הדמיוניים המדווחים במקורות אחרים עדכניים שחצו כבר מזמן את קו עשרת האחוזים, ניתן לומר שהפרעת קשב כפי שהיא מאובחנת כיום, היא **אינה** תופעה חריגה.

לא זו בלבד שהתופעה אינה חריגה, מסתמן כי ישנו "זינוק במספר הילדים המאובחנים כסובלים מבעיות קשב וריכוז" (אליזרע, 2016). מחקר ענק שנערך בקופת חולים מכבי על כחצי מיליון ילדים לאורך עשור, הצביע על נתון לא יאומן לפיו "14.4% מילדי ישראל מאובחנים כבעלי הפרעת קשב וריכוז"[[1]](#footnote-1). נתון זה מפתיע במיוחד לאור העובדה שמדובר בהפרעה ששיעוריה אמורים להיות דומים בין אוכלוסיות שונות, בין השאר מפני שמקורה של ההפרעה הוא לכאורה נוירולוגי ולא סביבתי.

והנה למרות שמדובר לכאורה בהפרעה אורגנית של המוח (Biederman & Spencer, 1999), מחקר שנערך על מסד נתונים ענק שנאסף במסגרת סקר לאומי בארה"ב על בריאות הילד (National Survey of Children’s Health) הראה ששיעורי האבחנה של הפרעת קשב תלויים כמעט בכל משתנה דמוגרפי שתרצו (Visser et al., 2014). (1) בנים כמובן מאובחנים הרבה יותר (15.1%) מאשר בנות (6.7%), ממצא שמתכתב עם השיעורים המדווחים ב- DSM עצמו, לפיהם בנים מאובחנים פי 2 עד פי 3 יותר מאשר בנות (American Psychiatric Association, 2013). עוד נמצא במחקר כי שיעורי האבחנה: (2) עולים עם הגיל, (3) תלויים במוצא אתני, (4) משתנים בין אזורים גיאוגרפיים (הכי פחות במערב ארה"ב) וגבוהים יותר בקרב: (4) משפחות דוברות אנגלית (פי ארבע), (5) משפחות עם רמת השכלה גבוהה של ההורים (6) ומשפחות אמידות מבחינה כלכלית (Visser et al., 2014). הבדלים אלו מצטרפים לתופעה המשונה הקרויה 'החלמה ספונטנית' בה מחצית מהמאובחנים בילדות כבר אינם סובלים מההפרעה בבגרות (American Psychiatric Association, 2013), למרות שמדובר בהפרעה אורגנית.

הזינוק בשיעורי האבחנה והתלות שלה בגורמים סוציו-דמוגרפים הביאו לעלייתה של השערה שבתחום הפרעת הקשב נוצר מצב רפואי מטריד של *אבחון יתר* וכי שיעורי האבחנה "האמיתיים" עדיין עומדים על אחוזים בודדים. במקביל ובאורח פלאי, נשמעת גם טענה הפוכה שבתחום הפרעת הקשב ישנה דווקא תופעה של *אבחון חסר* וש"רבים סובלים מהתסמונת ולא מאובחנים" (גל, 2019).

הפערים האפידמיולוגיים שכוללים מצד אחד אבחון יתר ומצד שני אבחון חסר מעוררים שאלה די מטרידה שנקראת בתלמודית: "ממה נפשך?!" אם ה- DSM טועה, והיקף התופעה זינק מאחוזים בודדים (3%-5%) ל- 14.4% תוך פחות מ- 40 שנה, מה יכול להסביר את האינפלציה האדירה בשיעורי האבחנה? מדובר בתופעה בלתי סבירה מבחינה אבולוציונית. ואם ה- DSM צודק ו"רק" 5% מאוכלוסיית הילדים סובלים מהפרעת קשב, אזי יש כמעט עשרה אחוזים מאוכלוסיית הילדים שמאובחן לשווא! בחישוב פשוט, יש כיום פי שתיים אבחנות מוטעות (False Positive) מאבחנות מוצדקות (True Positive), וזה עוד מבלי לכלול בחישוב את שגיאת ההחמצה (False Negative), בה "האנשים שאינם מאובחנים פשוט מפוספסים" (גל, 2019). כלומר, בלי לחשב את אותם אלפי ילדים וילדות (לרוב, בנות שקטות וחולמניות שלא מפריעות בכיתה) שהיו אמורים להיות מאובחנים אבל המערכת 'פספסה' אותם בטעות.

כלומר, לא זו בלבד שהפרעת קשב אינה עומדת בקריטריון החריגות, העלייה המטרידה בשיעורי האבחנות השגויות מעידה על בעיות מהימנות חמורות באופן בו אנו מעריכים את קיומה של האבחנה (טבלה 1) ורומזת לכך שגם אנחנו, הפסיכולוגים או הרופאים המאבחנים לא מצליחים להגדיר במדויק מיהם הילדים שסובלים מן ההפרעה.

1. **קריטריון הסכנה**

אחת הטענות המרחיקות לכת אודות ההפרעה היא ש: הפרעת קשב לא מטופלת עלולה לגרום לסכנת חיים וזאת וודאי הצדקה מספיקה למתן טיפול תרופתי. הקושי בעיכוב שליטה המאפיין את הפרעת הקשב נקשר עם מגוון התנהגויות סיכון ואלו בתורן עלולות להסתיים במחלות מין (Spiegel & Pollak, 2019), תאונות דרכים, ואפילו מוות בטרם עת (Nigg, 2013). עוד נטען כי הפרעת קשב עלולה להוביל לעבריינות שהרי אחוז המאובחנים עם הפרעת קשב בבתי הכלא גדול בהרבה מהשכיחות של ההפרעה באוכלוסייה (Ginsberg, Hirvikoski, & Lindefors, 2010).

תשובה: לדיון בקריטריון הסכנה יש לגשת בזהירות רבה. *ראשית*, מפני שאנחנו מכבדים את מדריך האבחנות הפסיכיאטרי, נפתח בכך שקריטריון הסכנה אינו בא לידי ביטוי באף אחד מרשימת 18 הסימפטומים המופיעים במדריך. אדרבה, לו קריטריון הסכנה אכן היה אינהרנטי להפרעה, ניתן היה להציב ברשימת הסימפטומים דרישת סף של התנהגות שמסכנת את הילד ובא לציון גואל.

*שנית*, למרות ההפחדות, נציין כי מוות בתאונת דרכים או מאסר בכלא אינן תופעות שמאפיינות ילדים (וודאי לא ילדים בגילאי בית הספר היסודי) והניסיון לקשור את הפרעת הקשב בגילאים צעירים עם סכנות עתידיות בבגרות ועוד לכרוך את הסכנות הללו עם העדר טיפול תרופתי ניאות, הוא ספקולציה מרחיקת לכת בלשון המעטה.

*שלישית*, בלי פאניקה, יש לוגיקה! אפילו כשהילד מתבגר, גם אם רוב A הוא B, אין בשום פנים ואופן להסיק מכך שרוב B הוא A. ועכשיו בעברית: אפילו אם רוב האסירים בבתי הכלא מאובחנים עם ההפרעה, אין בכך כדי להעיד על ההיפך – שרוב המאובחנים עם הפרעת קשב עתידים להיכנס לכלא. ההיפך הוא הנכון, לאור שיעור הבסיס (base rate) הזניח של האסירים בבתי כלא, רובם המוחלט בהחלט של המאובחנים עם ההפרעה לא יגיעו לבתי הכלא. אגב, הם גם לא ימותו בתאונת דרכים, אפילו אם הם לא נטלו את הטיפול התרופתי מציל החיים. כך למשל, על פי נתוני הרלב"ד, בשנת 2018 (1.1-2.9), נהרגו בתאונות דרכים 31 ילדים (עד גיל 19, עם שכיחות גבוהה במיוחד במגזר הערבי). מדובר בטרגדיות נוראיות אך לאור שיעור הבסיס הנמוך בכלל אוכלוסיית הילדים אין אפשרות להסיק מהן דבר וחצי דבר על הפרעת קשב לא מטופלת.

*רביעית*, כמו שיודע לדקלם כל סטודנט מתחיל במדעי החברה, קשר סטטיסטי אינו שקול לקשר סיבתי ואסור לבלבל בין השניים. הידעתם שבתי הכלא מאכלסים שכיחות גבוהה ובלתי פרופורציונאלית של: יוצאי אתיופיה, בני המגזר הערבי והכי מסוכנים, גברים! במילים אחרות, גם אם ממש נרצה לדלג מעל המכשול הלוגי שתיארתי למעלה, ההסבר הסביר לשכיחות הגבוהה של אוכלוסיות מסוימות בבתי הכלא אינו גנטי (גבר ≠ מועד לפשיעה) אלא סוציולוגי. ובמקרה של הפרעת קשב, גם אם מחקרים יצליחו להוכיח שהתרומה שלה לניבוי פשיעה היא מעל ומעבר הסברים חלופיים מתבקשים אחרים (ומסופקני שכך הדבר), לא ניתן להפריד בין ההפרעה לבין המסגרת הסוציולוגית בה גדל הנער (יענו: בית הספר, אופיר, 2019א) וכאשר בית ספר דוחק מתוכו נערים עם קוצים בישבן שעושים בלאגן, אז הם באמת עלולים 'לגמור ברחוב'.

*לבסוף*, הבה נשאל את השאלה העקרונית: איפה נגמר האופי ומתחילה ההפרעה? כמו כל התכונות האנושיות, גם להרפתקנות יש יתרונות וחסרונות. נער שחשוף יותר למחלות מין הוא גם נער שמקיים יחסי מין בחופשיות יתירה. נער שחשוף יותר לתאונות אופנוע הוא גם נער שחובב ספורט אתגרי, סנפלינג ופארקור. והרופאים המומחים בכנס של פרמה כזבים צודקים. זה נכון, אפשר לכבות את לקיחת הסיכונים בכדור אחד. איך קובעת פרסומת פופולארית לבירה?! "זה אתה, רק טוב יותר". שקט יותר, מרוכז יותר, בטוח יותר. ילדים ונערים שטיפלתי בהם לעומת זאת אומרים: כן, אני הרבה יותר מרוכז, אבל "אני מרגיש שאני לא אני, סוג של גרסה חיוורת וכבויה של עצמי". והלב נקרע. לא בגלל תופעות הלוואי השכיחות של התרופה, עליהן נרחיב בפרק השביעי, אלא בגלל האבן. אבן במשקל של טון שמוחצת את שמחת החיים והאנרגטיות המתפרצת של הילד.

1. **קריטריון המצוקה**

טענה חשובה ומטרידה בעד קיומה של ההפרעה היא ש: הפרעת קשב מלווה במצוקה רחבה ועמוקה. קשיי הקשב וההיפראקטיביות מגבילים את הילד ולא מאפשרים לו למצות את הפוטנציאל הקוגניטיבי-אקדמי שלו. כתוצאה מכך, הילד סובל מתסכול תמידי שמקבע אצלו רגשי נחיתות שיכולים להסביר את התחלואה הכפולה (קומורבדיות) הגבוהה שמתקיימת בין הפרעת קשב והפרעת דיכאון מאז'ורי (Blackman, Ostrander, & Herman, 2005). במילים אחרות: "ללא טיפול... הלוקה בהפרעת קשב חש פגום, מבודד חברתית ובעל דימוי עצמי נמוך. המצב הנפשי הירוד עלול לגרור חיכוכים ואף התבודדות ודיכאון" (גל, 2019).

תשובה: טענה זו בהחלט יכולה לשקף מצב אמיתי מתוך המציאות הבית-ספרית היומיומית והתייחסתי אליה בעבר באריכות, בדיון על 'תיאוריית הבצל' שמניחה את קיומו של ליקוי אורגני שסביבו הולכות ונבנות קליפות בצל של סבל ומצוקה (אופיר, 2019א). לכאורה, אם הילד סובל כל כך, זה יכול היה להיות נימוק לא רע לשקול מתן טיפול תרופתי. אבל רגע לפני הטיפול התרופתי, אני מציע לעצור לרגע ולחזור לשאלת התוקף הפנימי הבסיסית בתיאוריית הבצל: האם הפרעת הקשב גורמת למצוקה מצד עצמה או שמא המצוקה נוצרת רק בחיבור של ההפרעה עם מערכת החינוך בה נמצא הילד?

חשוב להבין שכל המחקר האמפירי ש'מוכיח' שהפרעת קשב גורמת למצוקה סובל מבעיה מתודולוגית אינהרנטית שלא מאפשרת להפריד בין ה'מחלה' לבין הסביבה החינוכית בה ילדים מתחנכים בעולם המודרני. בעצם, גם לשיטתי כמי שרואה ב'סימפטומים' של הפרעת קשב תכונות נורמטיביות של ילדים ובטח ובטח לשיטתם של אלו הרואים בסימפטומים עדות לקיומו של ליקוי נוירולוגי אורגני, כאשר אנו שולחים את הילדים הללו לבית הספר, אנחנו (כולל עבדכם הנאמן) גורמים להם למצוקה נפשית במו ידינו. אנו דורשים מהילדים הללו לשבת ולהתרכז במשך שעות ארוכות, שתי פעולות שעומדות בניגוד גמור לצורך הטבעי והבריא שלהם להתרוצץ ולהשתובב. הדבר דומה לזריקת לחמניות טריות על ילד שרגיש לגלוטן. זה לא מוסרי וזה גורם למצוקה. או בניסוחו של איש החינוך, פרופ' יורם הרפז: "בית ספר הוא מיזם של מבוגרים הנכפה על ילדים, ויש בו יסוד אלים" (שטקרמן ודטל, 2018).

כאן המקום לשתף את הקוראים שכותב המאמר הוא, איך לומר זאת בעדינות, מאותגר גובהית, ובישיבה התיכונית בה למדתי המעמד החברתי של הנער נקבע בעיקר על בסיס יכולותיו במגרש הכדורסל. בקיצור, החבר'ה היו בוחרים אותי בין האחרונים כשהם היו עושים "כוחות", דבר שהביא להפחתה משמעותית בדימוי העצמי שלי ולעיתים אף גרם לי למצב רוח ירוד – מצוקה התבגרותית לא פשוטה לכל הדעות. ה- DSM וודאי היה מכנה את התופעה הזאת "הפרעת נמיכות קומה" (Short Height Disorder, SHD) אך בזמני לא הייתה מודעות לאבחנה של SHD ולא היה מקובל לתת לילדים תרופות מצמיחות. על כן לא הצלחתי לממש את הפוטנציאל שלי להיות שחקן כדורסל מצליח כמו עומרי כספי.

למרות שהנמשל צועק מתוך משל הכדורסל, אכתוב אותו כאן ליתר ביטחון: לכולנו יש נקודות חוזק ונקודות חולשה וכל עוד נמשיך לנסות ולמשטר ילדים עם נקודות חולשה בתחום הישיבה לזמן ארוך ובתחום הריכוז בתכנים משעממים אל תוך מודל חינוכי אחיד שמתבסס בדיוק על תפקודים אלו, וודאי שנגרום להם למצוקה. הפלא הגדול הוא שלמרות הדיכוי שבא לידי ביטוי ב"מיזם של המבוגרים" (שטקרמן ודטל, 2018), ילדים רבים עם הפרעת קשב מאופיינים עם נקודות חוזק אישיותיות כמו סקרנות ויצירתיות (White & Shah, 2006) ומתבגרים להיות מבוגרים מצליחים, בזכות תכונות כמו אומץ, גמישות קוגניטיבית ואפילו עוצמה וחוסן אישיותי (Sedgwick, Merwood, & Asherson, 2019). אולי זאת הסיבה שקריטריון המצוקה הסובייקטיבית אינו בא לידי ביטוי באף אחד מן הסימפטומים המופיעים ב- DSM. נכון, סף התסכול אצל חלק מהילדים הללו די נמוך וחלקם אפילו מתפרצים לעיתים אבל במקרים רבים הם "שוכחים" במהירות את המצב המתסכל ומצליחים לעבור הלאה למשחק או לגירוי הבא, בקלות רבה – והרי לכם, מקצת מיתרונות החשיבה האסוציאטיבית, הסקרנות והמוסחות. הטיפול התרופתי לעומת זאת, שהיה יכול להיות מוצדק לו המצוקה הייתה אינהרנטית להפרעה, וודאי גורם למצוקה מצד עצמו, בלי קשר לבית הספר, כפי שיפורט בפרק השביעי.

1. **קריטריון הפגיעה בתפקוד**

הטענות המרכזיות בעד קיומה של הפרעת קשב הן ש: (1) הפרעת קשב היא הפרעה של המוח (Biederman & Spencer, 1999) ושהיא (2) פוגעת בתפקוד יומיומי. כלומר, לאור העובדה שמדובר ב- "הפרעה נוירו-התפתחותית, שבה קיים פגם מבני ותפקודי במוח" (גל, 2019), מתחייב כי הפגיעה בתפקוד תהיה נוכחת במקומות ובזמנים שונים, ללא קשר למסגרת בית הספר. כתמיכה לטענה הזאת, מובאות בדרך כלל עדויות ממחקרי הדמיה מוחית לפיהן ניתן לראות הבדלים מוחיים בין ילדים עם הפרעת קשב ובין ילדים בלי הפרעת קשב (e.g., Hoogman et al., 2017).

תמיכה נוספת לטענותיו של הנוירולוג בסיפור מתבססת על טענת 'האפקט הפרדוקסאלי' לפיה לכאורה, מתילפנידאט (החומר הפעיל בריטלין) משפר ביצועים קוגניטיביים אך ורק בקרב מי שסובל מהפרעת קשב. ככל שטענה זו אכן נכונה, היא יכולה לכאורה להוכיח סוג של פגם מוחי מפני שהיא מצביעה על חוסר איזון כימי רק במוחם של ילדים עם הפרעת קשב.

תשובה: עיון ביקורתי בשתי העבודות המקיפות והעדכניות ביותר שנעשו על הבדלים מוחיים חושף שהממצאים המוחיים הם לא מהימנים בואכה מפוברקים. ההבדלים המוחיים שנמצאו ב'מגה אנליזה' שפורסמה ב- Lancet Psychiatry (Hoogman et al., 2017) היו זניחים ולא תרמו באופן משמעותי להסבר ההבדלים ההתנהגותיים בין ילדים עם ובלי הפרעת קשב (0.1 ≤ Cohens's d ≤ 0.19). באופן מפתיע, ההבדלים המוחיים המינוריים נעלמו פעמיים – פעם אחת בניבוי המדד הרציף של עוצמת הסימפטומים ופעם אחת בקרב מבוגרים (אופיר, 2019ב). ממצאים מדהימים אלו יכלו להפוך בקלות לכותרת בעיתונים: "יש סיבה להיות אופטימיים! מחקר ענק על המוח מצא סימנים לכך שהפרעת קשב בילדות חולפת עם ההתבגרות" (Dehue et al., 2017). אך כותרת כזאת לא הייתה מתיישבת עם רשימת ניגודי העניינים של עשרות הכותבים של המאמר (Hoogman et al., 2017). להעדר הממצאים במגה אנליזה הזאת הצטרפה מטא-אנליזה עצומה על 96 מחקרי הדמיה שהראתה שהממצאים הקיימים בספרות לא מתכנסים לכדי אזורים מוסכמים במוח (Samea et al., 2019). במילים אחרות הספרות על הבדלים מוחיים סובלת מבעיית מהימנות חמורה של העדר יציבות לאורך זמן (מהימנות מבחן חוזר).

ביקורת משלימה קיימת גם לגבי הטענה הקרויה 'האפקט הפרדוקסאלי' לפיה מבחנים ממוחשבים לפני ואחרי נטילת ריטלין מוכיחים את קיומה של ההפרעה. לא זו בלבד שתוקף התוכן והתוקף האקולוגי של המבחנים הללו ירוד מפני שהם לא מייצגים שום משימה מציאותית, שלא לומר משימות חשובות לא לימודיות כמו למשל ביצוע גלגלון על יד אחת או הובלת קבוצת ילדים למלחמת מים, מבחנים אלו נעדרי תוקף פנימי משום שהם מבוססים על הנחה שגויה של אפקט פרדוקסלי. הנחת האפקט הפרדוקסלי היא מופרכת גם מבחינה לוגית וגם מבחינה אמפירית. "הריטלין לא יודע איפה בני האדם חתכו את הסולם הרציף של הפרעת הקשב" (אופיר, 2019ב) והשיפור שנצפה בעקבות הטיפול בריטלין אינו תלוי בחומרת הסימפטומים (Pievsky & McGrath, 2018) ואינו ייחודי רק למי שמאופיין עם ההפרעה (e.g., Bishop, Roehrs, Rosenthal, & Roth, 1997; Roehrs, Johanson, Meixner, Turner, & Roth, 2004; Volkow et al., 2004). לכן, אין אפשרות להסיק מתוך הממצאים של המבחנים הממוחשבים הללו על קיומה או העדרה של הפרעת קשב.

כעת, לאחר שהסרנו מעל השולחן את הטענה כאילו המדע הוכיח את הבסיס הפיזיולוגי של ההפרעה, הגיע הזמן לדון בטענה כי הפרעת קשב גורמת לפגיעה בתפקוד יומיומי ללא קשר לבית הספר. טענה זו היא קריטית מפני שכל רשימת הסימפטומים שמופיעים ב- DSM, מתייחסים בעצם רק לקריטריון אחד של אבחנה פסיכיאטרית, הלא הוא קריטריון הפגיעה בתפקוד.

ראשית נתייחס להיקף הפגיעה בתפקוד הדרוש כדי להצביע על קיומה של אבחנה פסיכיאטרית. לא רבים יודעים אבל בגרסה הנוכחית של ה- DSM (DSM-5), נערך ריכוך של קריטריון הפגיעה בתפקוד. בניגוד לגרסה הקודמת (DSM-IV) שהדגישה את **הפגיעה**, הסמנטיקה בגרסה הנוכחית שמה דגש על **הפרעה או הפחתה בתפקוד** (אופיר, 2019א). לכאורה מדובר בהבדלים סמנטיים פעוטים אך בפועל, מדובר בשינוי דרמטי, בייחוד לאור העובדה שכל האבחנה מתבססת אך ורק על קריטריון הפגיעה בתפקוד: **הפחתה חלקית בתפקודים יומיומיים ספציפיים היא חלק מלהיות אדם.** אני עצמי מאובחן עם ליקוי בתפיסה מרחבית (אבחון עצמי) שמשפיע באופן יום-יומי על חניה ברברס ועל מציאת הדרך חזרה מאולם ההרצאות למלון, בכנסים בחו"ל. כדי לתת אבחנה פסיכיאטרית, לא מספיק להדגים הפחתה בתפקוד. הפגיעה בתפקוד חייבת להיות מקיפה ומשמעותית.

כעת הבה נתבונן על תמונה קלינית נפוצה של הפרעת קשב מסוג: predominantly hyperactive/impulsive presentation. ע"פ ה- DSM, על מנת לאבחן את ההפרעה, דרושים שישה סימפטומים. כך לדוגמה: (1) ילד שקם ממקומו לעיתים קרובות בסיטואציות בהן הוא מתבקש לשבת, (2) לעיתים קרובות מתרוצץ או מטפס בסיטואציות בהן זה לא מתאים, (3) לעיתים קרובות לא מצליח לשחק/להיות בפעילות פנאי בשקט, (4) לעיתים קרובות מדבר הרבה, (5) לעיתים קרובות פולט תשובה לפני שמשלימים את השאלה ו- (6) לעיתים קרובות מתקשה לחכות לתורו, יזכה לאבחנה.

כאן, לא תאמינו, אני מבקש ללמד זכות על אנשי המקצוע המאבחנים. אבחון הפרעת קשב הוא אחת המשימות המסובכות במדריך האבחנות, בין השאר משום שמדובר בהפרעה על רצף ללא נקודות חתך ברורות. רמה מסוימת של סימפטומים מתקיימת אצל ילדים רבים ומשימתו של המאבחן היא להעריך מתי מדובר ברמה קלינית שדורשת התערבות. הבעיה היא שכל אחד מ- 18 הסימפטומים שברשימה נפתח במילה "often" (למשל: Often leaves seat…) שמשאירה את המאבחן לנסות ולהעריך כמה זה בדיוק "often". על מנת להתגבר על הבעיה הזאת, נהוג להשתמש בשאלונים שמנסים לכמת את המילה often אך גם כאן ישנה בעיה מפני שהשאלונים סובלים מבעיית מהימנות בין שופטים, בין ההערכות של המורה לבין ההערכות של ההורה (Cho et al., 2011).

זאת ועוד, בחישוב סך הקומבינציות האפשריות של הסימפטומים המרכיבים את הפרעת הקשב, "חלק מהמופעים השונים של הפרעת הקשב לא חולקים ולו סימפטום אחד משותף לרפואה" (אופיר, 2019ב). כך נצר מצב בו ילד קופצני, דברן ואנרגטי וילדה שקטה וחולמנית סובלים לכאורה מסוגים שונים של אותו "באג" מוחי. זאת ועוד 2, בין הסימפטומים השונים יש מידה גדולה של חפיפה. כך למשל: ילד ש"מתרוצץ בסיטואציות בהן זה לא מתאים " וודאי גם ידורג כ"ילד שלא מצליח להיות בפעילות בשקט" וכילד ש"קם ממקומו בסיטואציות בהן הוא מתבקש לשבת" וילד ש"פולט תשובה לפני שמשלימים את השאלה" הוא גם "ילד שמדבר הרבה" ו"שמתקשה לחכות לתורו". במידה מסוימת, ניתן לראות בששת הסימפטומים הללו ניפוח מלאכותי של שני סימפטומים בלבד.

אבל גם אם מדובר בשישה סימפטומים נפרדים, ראו איזו חידה: היכן מבקשים מילד לשבת בשקט במשך שעות ארוכות, סיטואציה שמייצרת את כל ששת הסימפטומים הללו?! ניחשתם נכון. בבית הספר. כמובן שכותבי ה- DSM, מכירים את הביקורת לפיה הסימפטומים הללו קשורים בקשר הדוק מידי עם דרישות בית הספר. זאת אולי הסיבה שכותבי המדריך מצטדקים ומפרטים מספר רב של סיטואציות בהן "הסימנים של ההפרעה יכולים להיות זניחים ואפילו להעלם לגמרי", כמו למשל במקרה ש"הילד עסוק בפעילות מעניינת במיוחד" (American Psychiatric Association, 2013). ההצדקה הזאת כל כך מוצלחת עד כדי כך שהיא מצליחה "להסביר" כיצד ילד צעיר עם פגם מוחי שפוגע ביכולות הקשב שלו, מצליח לקרוא ספרים כמו יומנו של חנון וקפטן תחתונים! מרוב שההצדקה מוצלחת, נוצר מצב אבסורדי ומטריד שמפלרטט עם גבולות האתיקה הרפואיים המקובלים בו ה- DSM מאפשר לקלינאי לתת אבחנה של הפרעת קשב גם אם הוא אינו רואה את הסימפטומים של ההפרעה במו עיניו. זאת מפני שהסימפטומים יכולים להעלם כאשר הילד "נמצא באינטראקציה של אחד-על-אחד (למשל במשרד של הקלינאי)". הסוגריים האחרונים, למקרה שתהיתם, מופיעים במקור (American Psychiatric Association, 2013).

בניסיון אולי לשוות להפרעה מידת מה של אובייקטיביות, ה- DSM מגדיר שחלק מהסימפטומים ("several symptoms") יופיעו בשני מקומות לפחות, כלומר, מקום אחד לפחות שהוא לא בית הספר. אינני יודע למה מתכוונים כותבי ה- DSM במילים several symptoms, אבל לצורך הדיון הבה נניח שמיעוט רבים שווה שתיים. כלומר, אם הילד שתואר לעיל, מדבר הרבה ואוהב להתרוצץ גם בבית, או אז לפי ה- DSM, הוא עומד בקריטריונים לאבחנה של ADHD. לכאורה, לאור התפיסה הנוירולוגית של ההפרעה, התמונה הקלינית שצוירה כאן היא תמונה של ילד עם פגם מוחי! אחרים, ובתוכם כותב שורות אלו, רואים כאן תמונה קלינית של ילד. וזהו.

1. **מקרי קיצון של מצוקה ופגיעה חמורה בתפקוד בכל מישורי החיים**

טענה חשובה שרבים מהמתנגדים לקיומה של ההפרעה מתקשים להתמודד איתה היא ש: ישנו אחוז בודד של ילדים שהליקוי הנוירו-התפתחותי הוא כה חמור עד כדי כך שהוא חורג מתחום בית הספר ומשפיע על כל מישורי החיים של הילד. לשיטתה, במקרי קיצון אלו, קשיי הקשב פוגמים בכישורים החברתיים של הילד כמו גם ביכולת שלו להבין מורכבות וניואנסים בתקשורת בין אישית. כתוצאה מכך, "אחרים רואים בו ילד לא בוגר, חסר אמפתיה, מתבודד ולוּזר" (Coleman, 2008). לחילופין, ניתן לראות בליקוי הקוגניטיבי בתפקודים הניהוליים ביטוי גם לליקוי ביכולת של הילד לעכב תגובות רגשיות לאירועים מתסכלים. בהתאם לכך, אחד מרכיבי הליבה של ADHD, לשיטתו של פרופ' ראסל בארקלי, הוא הקושי בוויסות רגשי (Barkley, 2015). יתכן שהקושי בוויסות רגשי עומד גם בבסיס הקשר הנצפה בין הפרעת קשב לבין הפרעות התנהגות, כעסים והתנהגויות אגרסיביות (Kitchens, Rosén, & Braaten, 1999).

בין כך ובין כך, בין אם מתוך הקושי בהבנה חברתית ובין אם מתוך הקושי בעיכוב תגובה רגשית, ישנה תת-קבוצה של ילדים עם הפרעת קשב שנקלעים לעימותים תכופים עם אחרים עד כדי כך שילדים אחרים מתרחקים מהם והם נשארים בודדים ומלאי תחושת נחיתות עד כדי דיכאון. לכאורה, במקרים קשים כגון אלו, מדובר בילדים שעומדים גם בקריטריונים של פגיעה בתפקוד ומצוקה (ללא קשר לבית הספר) וגם בקריטריון החריגות ולכן ניתן לאבחן אותם עם הפרעת קשב.

תשובה: אינני יודע כיצד התומכים בטענה זו יודעים להפריד את האחוז הבודד של מקרי הקיצון הללו משאר הילדים שמאובחנים בטעות (ה- DSM וודאי שאינו נותן כלים להפריד דווקא את הילדים הללו), אך אם אכן הפגיעה בתפקוד והמצוקה הן כה חמורות כמתואר בטענה, ואם הילד לא מצליח לקיים קשרים חברתיים ומשפחתיים סבירים, ואם הפגיעה נוכחת כל הזמן כולל בסופי שבוע ובחופשים, אזי בהחלט יתכן שהילד סובל מבעיה פסיכיאטרית. יש רק בעיה אחת. הבעיה עם ה"אחוז הבודד" הזה היא שבמקרים החמורים שמתוארים בטענה, לא מדובר בכלל בהפרעת קשב.

איך אני יודע? כי הסימפטומים המתוארים במקרי הקצה הללו כלל לא מופיעים בהגדרת ההפרעה על פי ה- DSM. לו היה מדובר בסימפטומים שהם חלק אינטגרלי ומשמעותי מהפרעת הקשב, היה ניתן לכלול אותם בקלות ברשימת הסימפטומים. יתירה מכך, לאור חומרתם של הסימפטומים הללו ולאור העובדה שהם מבטאים פגיעה בתפקוד ומצוקה גם מחוץ לגבולות בית הספר, כדאי היה להגדיר את הסימפטומים הללו כסימפטומים הכרחיים, הדרושים על מנת לאבחן את ההפרעה מלכתחילה. אמנם אני עצמי קורא להוצאתה של הפרעת הקשב ממדריך האבחנות הפסיכיאטרי אך אם במקרה האבחנה תעודכן בגרסה הבאה של ה- DSM כך שהיא תכלול למשל סימפטום הכרחי של קשיים חברתיים משמעותיים או של בעיות התנהגות חמורות מחוץ לבית הספר או אז מיליוני ילדים לא יעמדו בקריטריון המעודכן ובכך הם יינצלו מהאבחנה השגויה. ובבניין ירושלים ננוחם.

רגע, אבל אם אין לילדים המתוארים בטענה הפרעת קשב, אז איזו הפרעה יש להם? אז ככה: בכל הפרעה פסיכיאטרית, ה- DSM מבקש מהמאבחן לשים לב שהוא לא מתבלבל בטעות עם הפרעה אחרת. בפסיכיאטרית, קוראים לזה 'אבחנה מבדלת'. כך למשל ב'מוגבלות שכלית' שגם שייכת לאשכול ההפרעות הנוירו-פסיכיאטריות, מופיעות שלוש התרעות כאלו. בהפרעת קשב, לא רבים יודעים, יש 16 התרעות כאלו! לא שמישהו שאני מכיר באמת טורח לבדוק האם הילד עומד בקריטריונים לאחד מ- 16 ההפרעות המוצעות שכוללות למשל הפרעה מפוצצת בשם: Intermittent explosive disorder. ואם 16 האבחנות הפסיכיאטריות לא מספיקות, הנוירולוג Richard Saul מונה כ- 22 אפשרויות שכוללות גם מצבים רפואיים לאו דווקא פסיכיאטריים, שמייצרים סימפטומים דמויי הפרעת קשב (Saul, 2014). אגב, אחד המצבים שמייצרים סימפטומים דמויי הפרעת קשב הוא מחוננוּת.

עוד חשוב לדעת שמלבד הרשימה המפוארת הזאת, ישנן הערכות אפידמיולוגיות לפיהן, ל- 70% מהילדים שסובלים מ- ADHD ישנה לפחות הפרעה אחת נוספת (Walitza, Drechsler, & Ball, 2012), מה שקרוי בלעז: קומורבידיות. יתכן שמתוך אמונה אמיתית בנזקי ההפרעה, חוקרי הפרעת הקשב יצרו תיבת תהודה של תוקף מתכנס מוגזם במיוחד בו הפרעת קשב הפכה להיות: "חיה מסוכנת מאוד, גדולה כמו פיל ומלאה שיניים, אפילו בזנב" – הפרעה שמלווה בעשרות הפרעות נפשיות ומצבי חיים שליליים, עד כדי אובדן מוחלט של תוקף מבחין. אפילו ה- DSM עצמו מציין כי ל- 50% מהמאובחנים עם הפרעת קשב בהופעה משולבת (ADHD with combined presentation) יש גם הפרעה פסיכיאטרית נוספת הקרויה: Oppositional Defiant Disorder (ODD), האחות הצעירה של Conduct Disorder. המתאם הגבוה בין ADHD לבין ODD מייצר מצב סטטיסטי מסובך בו לא ברור האם בכלל ניתן להפריד בין שתי ההפרעות הללו.

עכשיו ראו נא תופעה מעניינת. בתגובה לנאמר כאן, יקומו כנראה אנשים רבים ויילחמו לשמור על האבחנה של הפרעת קשב. "מה פתאום ODD? הילד שלי הוא ילד מקסים. זה רק הפרעת הקשב שמקשה עליו לשבת יום שלם בכיתה. בגללה הילד: (1) מאבד סבלנות, (2) כועס לעיתים, (3) מתווכח לעיתים ו (4) מסרב להיענות לדרישות גורמי סמכות. למרות שארבעת הסימפטומים הללו מזכים את הילד תכף ומיד באבחנה של ODD (American Psychiatric Association, 2013), הורים רבים יתנגדו לה, כמו לכל אבחנה אחרת שאינה הפרעת קשב. אתם יודעים למה? מפני שהפרעת קשב, היא אחת מההפרעות היחידות ב- DSM שזכתה ליחסי ציבור טובים. הדעות הקדומות והסטיגמה השלילית שמלוות באופן טיפוסי הפרעות נפשיות (Corrigan & Watson, 2002) כמעט שנעלמו בהפרעת קשב. יש אפילו כאלו שמתהדרים באבחנה של הפרעת קשב או שמתבדחים עליה. ככה זה כשמדובר במין הפרעת צד שכזאת. הפרעה שהיא לא כמו שאר מזוודות הנפש. היא טרולי קטן וצבעוני שמותר להעלות לטיסה של החיים מבלי לשלם קנס על מטען עודף.

אז נכון, בהחלט יכול להיות שחלק קטן מאוד מאוכלוסיית הילדים מאופיין בחריגות קוגניטיבית כה קיצונית שלא מאפשרת להם להשתלב בחברה ללא טיפול תרופתי, רק שבמקרים חריגים אלו האבחנה הפסיכיאטרית המתאימה איננה הפרעת קשב.

1. **הטיפול התרופתי**

טענה רפואית שמלווה את התופעה הקרויה הפרעת קשב מיום היווסדה היא ש: בשיקולי הרווח וההפסד, יתרונות הטיפול התרופתי עולים על חסרונותיו. במספר מקומות בעולם, תרופות פסיכוטרופיות ממריצות נחשבות כבחירה ראשונה בטיפול בהפרעת קשב והן נרשמות כיום בהיקפים אדירים למיליוני ילדים (Sultan et al., 2018). זאת משום שמדובר לכאורה "באחת התרופות הכי בטוחות בעולם" (גל, 2019), תרופה שהיא פתרון הכרחי ואף ראוי להפרעת קשב, בדיוק כפי שקביים מעץ הם פתרון ראוי לילד שסובל משבר ברגל.

תשובה – על פניו, דימוי השבר והקביים נשמע מושלם. את חטאי אני מזכיר היום. גם אני השתמשתי בעבר בדימוי הזה כדי לשכנע הורים לקבל את המלצת הרופא לתת לילד טיפול תרופתי. הבעיה היא שדימוי השבר והקביים שגוי משלוש בחינות:

1. גם ללא הביקורת הספציפית על תוקף הפרעת הקשב, השגיאה הראשונה בדימוי השבר והקביים היא ששום הפרעה פסיכיאטרית לא דומה לשבר פיזיולוגי שניתן לצלם ברנטגן. זאת בעצם **ה**-בעיה שלנו, פסיכולוגים ופסיכיאטרים, שאנחנו נדרשים לאבחן הפרעות שאין להם בסיס פיזיולוגי ברור. לו היה להן סימנים כאלו, אפשר היה להוציא אותן מספר ההפרעות הנפשיות ולהעביר אותן לאחד מספרי המחלות הגופניות. כעת, בתוספת הביקורת הספציפית שכוללת רשימה ארוכה של בעיות תוקף ומהימנות (טבלה 1) שמערערות על עצם קיומה של הפרעת הקשב, עולה שאלה מטרידה בנוגע להצדקה המדעית והמוסרית למתן טיפול תרופתי.
2. השגיאה השנייה בדימוי הזה היא ששבר ברגל מגביל את הילד ופוגע בתפקוד שלו, בלי קשר לבית ספר והשימוש בקביים נעשה גם אחרי שעות בית ספר ואפילו בחופש הגדול. הפרעת קשב לעומת זאת היא "מחלה עונתית", שהטיפול בה קשור בקשר הדוק עם דרישות בית הספר. בחופש הגדול למשל, הפגם המוחי כבר לא דורש טיפול מיידי ומציל חיים עד כדי כך שבעלון לצרכן עצמו שמצורף לריטלין נכתב כך: "יתכן והרופא יורה על הפסקת נטילת ריטלין בפרקי זמן מסוימים (למשל בסופי שבוע, או בחופשות בית הספר או בחופשות ארוכות)". אגב הסיבה להפסקות הללו לפי העלון לצרכן היא ש: "הפסקות אלה בטיפול עוזרות גם להימנע מההאטה בגדילה אשר מתרחשת לעיתים כאשר ילדים נוטלים תרופה זו לאורך זמן".
3. ההאטה בגדילה מביאה אותנו לשגיאה השלישית בדימוי השבר והקביים. קביים, ככל הידוע לי, אינם אסורים בפקודת הסמים המסוכנים והם אינם גורמים לתופעות לוואי גופניות ורגשיות חמורות. אם ריטלין הוא "אחת התרופות הבטוחות בעולם" והוא "פשוט כמו קביים", אז מדוע חשוב לנו כחברה שהוא יינתן רק באמצעות מרשם שחתום ע"י פסיכיאטר או נוירולוג? שאלה פילוסופית-חברתית זו מתעצמת לאור מופרכות האפקט הפרדוקסלי. כאמור לעיל, טיפול תרופתי יכול לשפר ביצועים גם בקרב מי שאינו מאובחן עם הפרעת קשב. מדוע למשל במקרים של ילדים עם רמת אינטליגנציה נמוכה או אפילו רמה ממוצעת שלא זכו לאבחנה של הפרעת קשב (למשל אם היו להם רק חמישה סימפטומים), אנו מוכנים "לקצץ מראש את השאיפה קדימה" (גל, 2019)? הבה נניח את הריטלין על המדפים בסופר פארם, ליד חטיפי האנרגיה והקרם לחות. שיהיה כמו אקמול, כל הרוצה ליטול, יבוא ויטול.

בפועל, דימוי השבר והקביים רחוק שנות אור מהאופן בו פועל הטיפול התרופתי. על מאפייני הטיפול התרופתי, כולל היעילות המוגבלת של הטיפול התרופתי בשיפור הישגים אקדמיים לטווח הבינוני ולטווח הארוך כבר הרחבתי בעבר (אופיר, 2019א) (אפילו שאינני רופא, הייתם מאמינים) וניתן לקרוא עליה גם ברשימת המקורות כאן (Currie, Stabile, & Jones, 2014; Jensen et al., 2007; Richters et al., 1995; Rie, Rie, Stewart, & Ambuel, 1976; Swanson, Cantwell, Lerner, McBurnett, & Hanna, 1991). לעומת זאת, על תופעות הלוואי של הטיפול התרופתי טרם כתבתי מפני שחששתי שחברות התרופות יזעמו עלי שאני מפחיד את הציבור. אך מאז התברר לי שרק מעט אנשים קוראים את העלון לצרכן שמצורף לטיפול התרופתי הנפוץ (ריטלין) ועוד יותר מעט טורחים לברר את הבסיס המדעי של עשרות תופעות הלוואי המתועדות של התרופה.

"אל תיבהל למקרא רשימת תופעות הלוואי, יתכן ולא תסבול מאף אחת מהן", נכתב בפתיחת הסעיף שמתאר את תופעות הלוואי של הריטלין אך הערכת הסיכויים לא מותירה מקום לספק. ספירה של תופעות הלוואי המופיעות בעלון לצרכן של הריטלין (בניכוי תופעות שחוזרות יותר מפעם אחת) העלתה: 38 נקודות (bullet points) שמפרטות תופעות לוואי, כאשר חלק מהנקודות הללו מפרטות יותר מתופעת לוואי אחת (למשל: חולשה או שיתוק של הגפיים או הפנים, קושי בדיבור או התעלפות בלתי מוסברת).

אגב, העלון לצרכן נכתב, איך לומר זאת בעדינות, באופן שלכל הפחות מעורר חשד. כך למשל, העלון מפרט חמש תופעות לוואי ש"מופיעות ביותר ממשתמש 1 מ 10" (כלומר ביותר מ- 10%). כמה בדיוק זה "יותר מ- 10%" אתם שואלים? יצאנו לבדוק. במחקר מכונן שהוביל ראסל בארקלי שאינו חשוד בהתנגדות לטיפול התרופתי, נמצא למשל כי 56% מהילדים שנטלו ריטלין סבלו מירידה בתיאבון – פער של 41% מקבוצת הביקורת שנטלה תרופת דמה (פלסבו) (Barkley, McMurray, Edelbrock, & Robbins, 1990).

העלון מפרט גם 16 תופעות לוואי ש "מופיעות ב- 1-10 משתמשים מתוך 100" (כלומר, בין 1% ל 10%) שכוללות למשל כאב ראש, כאביי בטן והפרעות שינה. שכיחות התופעות הללו במחקרו של בארקלי הייתה גבוהה מכך באופן דרמטי עם פערים של בין 10% ל 28%, לעומת קבוצת הפלסבו (Barkley et al., 1990). יתירה מזאת, בארקלי דיווח על 28% מהילדים שסבלו מתופעת לוואי מטרידה של טיקים (פער של 10% מקבוצת הפלסבו). שכיחות התופעה הזאת אינה מתוארת בעלון לצרכן משום מה, אך ישנה אזהרה ש"יש לדווח מיד לרופא או לפנות לחדר מיון" במקרים שכוללים את תופעת הלוואי "דיבור או תנועות גוף בלתי נשלטים (תסמונת טורט)".

חוץ מרשימת תופעות הלוואי של הריטלין, העלון מציג 15 נקודות שמתארות "תופעות לוואי נוספות שהתרחשו עם תרופות אחרות המכילות את אותו החומר הפעיל כמו ריטלין". באופן בו רשימה זו מנוסחת, הקורא עלול לפספס תופעת לוואי חשובה ומטרידה במיוחד של מעשים אובדניים. כמו ברשימה הקודמת, גם ברשימה זו חלק מהנקודות מתארות מספר תופעות לוואי, אך הפעם ישנה נקודה אחת (נקודה מספר 3) שמפרטת לא פחות מ 16 תופעות לוואי ובתוך הפסקה הארוכה הזאת נמצאת גם תופעת הלוואי של: **מחשבות או ניסיונות התאבדות (כולל התאבדות בפועל)**. ההדגשה כמובן אינה במקור.

ניסיונות התאבדות הן כנראה תופעת לוואי די נדירה של "החומר הפעיל" ולא הייתי טורח להזכירם כאן לולא התחושה שתופעה זו הוסתרה בתוך בליל של תופעות אחרות שעלולות לפגום בשיקול הדעת של הצרכן (Sivanathan & Kakkar, 2017) ולולא הטענה המוגזמת מלמעלה כאילו הפרעת הקשב עצמה עלולה לגרום למוות בטרם עת. מי שמאמץ את הטענה שהפרעת קשב עומדת בקריטריון הסכנה, למרות שיעור הבסיס הזניח, וודאי חייב גם להכיר בסכנה הנלווית לטיפול התרופתי. יתירה מזאת, גם למי שמאמין שכל מטרתה של רשימת תופעות הלוואי בעלון לצרכן היא למנוע נשיאה באחריות עתידית, במידה שאחת מהתופעות אכן תתרחשנה (מה שקרוי בעממית: "כסת"ח"), לא מדובר ברשימה מומצאת. חברות התרופות לא מתנדבות להמציא סיכונים שעלולים להפחיד את הצרכן. הן מחויבות להציג תופעות לוואי שהחשד לגביהן עלה מתוך בסיסי נתונים אמיתיים. כך למשל, סקירת ספרות מדעית שהתמקדה בגדילה ובתפקודי לב וכלי דם מתריעה בפנינו שתרופות מעוררות עלולות לגרום לעליה בקצב לב ובלחץ דם כמו גם להאטה במהירות הגדילה, גם לגובה וגם במשקל – האטה שעלולה להימשך לפחות 3-4 שנים, בעת שימוש מתמשך בתרופה (Vitiello, 2008). תחושת ההסתרה שעולה מהאופן בו נכתב העלון, מתחזקת כאשר ישנה התעלמות מתופעות לוואי מדאיגות ומבוססות מדעית כמו למשל ירידה בסקרנות (Fiedler & Ullman, 1983), נסיגה חברתית, פאסיביות וכניעות (Granger, Whalen, & Henker, 1993) ותופעת לוואי שכולנו מכירים מהקליניקה שהילד נהיה 'זומבי' ומפגין התנהגויות של אפאתיות וניתוק.

ניסיונות המזעור ואולי אף ההסתרה של עוצמת תופעות הלוואי מעלה את החשד שישנה גם פגיעה באובייקטיביות ההכרחית במחקר המדעי בכלל ובמחקרים על תרופות בפרט. חשד זה מתחזק לאור הטיית פרסום (Publication bias) שהתגלתה במטא-אנליזה עדכנית (Pievsky & McGrath, 2018), לפיה ישנה העדפה לפרסום מחקרים שמצביעים על יתרונות הטיפול התרופתי והימנעות מפרסום מחקרים שמערערים על היתרונות הללו. הטיית פרסום עלולה כמובן לפגוע בכל מחקר שמנסה להוכיח את יעילותה של כל התערבות טיפולית שהיא ובמחקרים רבים ישנה הטיית נאמנות (allegiance bias) לפיה, במקרה, תוצאות המחקר "הסתדרו" עם האסכולה ממנה הגיע עורך המחקר (Luborsky et al., 1999). אך במקרה של הפרעת קשב, מסתבר כי לרבים מהמומחים שמייצגים את "הקונצנזוס המדעי" (Kooij et al., 2019) יש גם קשרים כלכליים עם חברות התרופות.

כבר לא מדובר בנאמנות לאסכולה מחקרית אלא בניגוד עניינים כלכלי. הידעתם למשל שליותר ממחצית מחברי הפאנל שניסח את הגרסה הרביעית של ה- DSM (95 מתוך 170 חוקרים) התגלו בדיעבד קשרים עם חברות התרופות (Cosgrove, Krimsky, Vijayaraghavan, & Schneider, 2006)? פגיעה זו באתיקה המדעית והרפואית מגיעה לשיא בהפרעת קשב, לאור העובדה שמדובר לרוב בתרופות שמיועדות לטיפול בקטינים ולאור הלחצים שמופעלים מצד מערכת החינוך שבניגוד לרוב ההפרעות האחרות, הופכת להיות שחקן מרכזי בקביעת הפתולוגיה.

למזלנו, מצבים של ניגוד עניינים כלכלי מובאים בדרך כלל לידיעת הקורא במסגרת כללי הגילוי הנאות בכנסים ובכתבי עת מדעיים (e.g., Hoogman et al., 2017). אך לצערנו, משום מה כללים אלו אינם מיושמים במקום בו הם נדרשים יותר מכל – בבמות שמיועדות לציבור הרחב שאינו תמיד יודע להעריך את התוקף המדעי של הטענות על הפרעת הקשב.

לא זו בלבד שהטיפול התרופתי להפרעת קשב אינו דומה לקביים, הוא אפילו לא דומה לתרופות רבות אחרות שאינן מסוגלות לחצות את מחסום הדם-מוח (Pardridge, 2005) (ושגם אותן לא מומלץ לצרוך באופן יומיומי). התרופות הפסיכוטרופיות פועלות ישירות על המוח עצמו. זאת בעוד שדווקא בתקופת הילדות, המוח עובר תהליכי התפתחות אדירים. יש כיום הכרה מדעית בכך שמערכת העצבים המרכזית במוח מאופיינת בפלסטיות יתירה – גמישות ביולוגית שמאפשרת לה להתאים ולשפר את עצמה אל מול צרכים משתנים, בייחוד בגילאים צעירים (Doidge, 2007; Rubin, 2009). במובן זה, "הבחירה הראשונה" בטיפול (משרד הבריאות, 2019) באמצעות חומרים שחודרים את מחסום הדם-מוח היא לכל הפחות הימור, מפני שהשפעותיהן ארוכות הטווח על המוח המתפתח הן ברובן לא ידועות למדע (Vitiello, 2001).

מלבד פגיעה אפשרית ברקמת מחסום הדם-מוח עצמו (Kousik, Napier, & Carvey, 2012), לחומרים פסיכואקטיביים יש נטייה לעבור דה-סנסיטיזציה. כפי שתיארתי בעבר (אופיר, 2019א), שימוש מתמשך בסם הממריץ מלווה לעיתים רבות בהיחלשות הדרגתית של התגובה של התאים הקולטנים במוח לחומר החיצוני וכך נוצר הבסיס להתמכרות הפיזיולוגית לסם. מעניין לציין כי דווקא ההתמכרות או התלות בתרופה **אינן** מופיעות ברשימת תופעות הלוואי בפרק שמיועד לכך בעלון לצרכן של התרופה. בסעיף המסביר כיצד להשתמש בתרופה נכתב כך: "כמו כל התכשירים המעוררים, תרופה זו עלולה להיות ממכרת ומנוצלת לרעה", אך מיד מגיעה גם ההרגעה: "אם תיטול אותה בצורה נכונה כפי שהורה הרופא, שימוש לרעה או תלות לא אמורים להופיע, לא כעת ולא בעתיד". אינני יודע על מה מסתמכים כותבי העלון בביטוי "לא אמורים להופיע, לא כעת ולא בעתיד" שהרי אין בידנו מחקרים אקראיים ומבוקרים (Randomized Control Trials) ארוכי טווח.

אם כבר ההיפך הוא הנכון. ממש לא מזמן התפרסם מחקר אורך גדול (*N* = 6830) בו נבדקו בני נוער מתבגרים (13-18( שקיבלו בילדות (6-8) מרשם לטיפול תרופתי (מתילפנידאט) להפרעת קשב (Madjar et al., 2019). והנה מה מסתבר? שדווקא ההתמדה בטיפול התרופתי להפרעת קשב בילדות ניבאה שימוש בתרופות אנטי-דיכאוניות בגיל ההתבגרות! הסיכוי של ילד שהתמיד בנטילת מתילפנידאט בילדות להשתמש בתרופות אנטי דיכאוניות בגיל ההתבגרות היה גבוה ב 50% מהסיכוי של ילד שלא התמיד בשימוש בתרופה (Madjar et al., 2019). אינני טוען שיש רק הסבר אחד אפשרי לממצא הזה אך וודאי שלא ניתן לשלול את ההשערה הסבירה שהשימוש המוגבר בטיפול תרופתי בילדות יצר תחושת תלות (בין אם תלות פיזיולוגית ובין אם תלות פסיכולוגית) בתרופה הפסיכיאטרית כאסטרטגיה מרכזית להתמודדות עם אתגרי החיים.

**סיכום ותמונת העל**

במאמר הנוכחי הראנו כי:

1. הפרעת הקשב אינה עומדת בקריטריון החריגות וכי האינפלציה בשיעורי ההפרעה/אבחון היתר מלמדים על בעיית מהימנות חמורה בעצם האבחנה.
2. הפרעת הקשב אינה מסכנת את הילד וכי קריטריון הסכנה כלל אינו בא לידי ביטוי ברשימת הסימפטומים.
3. המצוקה הנלווית להפרעת הקשב היא אינהרנטית למפגש של הילד עם בית הספר וגם היא אינה באה לידי ביטוי ברשימת הסימפטומים.
4. בפועל, כל רשימת הסימפטומים מתבססת על קריטריון הפגיעה בתפקוד אך גם קריטריון זה רוכך ל'הפחתה בתפקוד' שמאפיינת את כל בני האדם (איש איש ונקודות התורפה שלו במגוון הנוירולוגי) – הפחתה שקשה מאוד להעריכה ושבאה לידי ביטוי בעיקר בבית הספר.
5. מקרי הקיצון בהם הילד סובל מליקוי כה נרחב עד כדי פגיעה בכל מישורי החיים אינם מתאימים לאבחנה של הפרעת קשב כי אם לאחת מיני הפרעות רבות אחרות.
6. בהינתן מעמדה המעורער של האבחנה, חוזרת ועולה השאלה לגבי ההצדקה המדעית והמוסרית לתת לילדים (בריאים) טיפול תרופתי שגורם למצוקה ושהשפעותיו לטווח ארוך אינן ידועות.

בתוך כל אלו, המאמר הנוכחי ליקט לפחות 30 מאפיינים של הפרעת קשב וכשלים מדעיים שפוגעים במהימנות ובתוקף של האבחנה הרפואית הקרויה ADHD. טבלה 1 מסכמת את המאפיינים והכשלים הללו וממפה אותם על פני סוגי המהימנות והתוקף השונים הדרושים לביסוס מדעי של תופעה פסיכולוגית כלשהי. הסבר מפורט על האופן בו בנויה הטבלה ועל סוגי המהימנות והתוקף מצורף מתחתיה. לסיום, לאחר הצגת רשימת 30 הבעיות המדעיות, אציג את תמונת העל החברתית והמוסרית המשתקפת מתוך הבעיות הללו ואפנה ישירות לחבריי ההורים שנמצאים איתי באותה סירה ושנאבקים כמוני אל מול אותם גלים.

**טבלה 1 - מאפיינים של הפרעת קשב וכשלים מדעיים שפוגעים במהימנות ובתוקף של האבחנה**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **כשלים מדעיים ומאפיינים של הפרעת קשב**  | **מהימנות**  | **תוקף מבנה**  | **תוקף פנימי** | **תוקף אקולוגי** |
|  | **פרק שני – קריטריון החריגות** |  |  |  |  |
| 1 | הפרעת קשב אינה תופעה חריגה. |  | √ |  |  |
| 2 | ישנם פערים בשיעורי האבחנה כמעט בכל פרמטר סוציו-דמוגרפי (מצב סוציו-אקונומי, גיל, מגדר).  | √ |  |  |  |
| 3 | ישנם שיעורים גבוהים במיוחד של אבחנות שגויות (אבחון יתר).  | √ |  |  |  |
| 4 | למרות הסעיף הקודם, ישנן טענות ש"רבים הסובלים מההפרעה מתפספסים" (אבחון חסר). | √ |  |  |  |
|  | **פרק שלישי – קריטריון הסכנה** |  |  |  |  |
| 5 | קריטריון הסכנה אינו מופיע ברשימת הסימפטומים.  |  | √ |  |  |
| 6 | בפועל (בין השאר לאור שיעורי בסיס זניחים), הפרעת הקשב בילדות אינה מהווה סכנה לילד. |  | √ |  |  |
|  | **פרק רביעי – קריטריון המצוקה** |  |  |  |  |
| 7 | קריטריון המצוקה אינו מופיע ברשימת הסימפטומים. |  | √ |  |  |
| 8 | מבחינה מתודולוגית, לא ניתן להפריד בין ההפרעה לבין הסביבה החינוכית ועל כן לא ניתן לשלול את ההשערה הסבירה שבית הספר גורם למצוקה בייחוד בקרב ילדים אנרגטיים/חולמניים. |  |  | √ |  |
|  | **פרק חמישי – קריטריון הפגיעה בתפקוד** |  |  |  |  |
| 9 | הבדלים מוחיים נעלמים עם הגיל ונעלמים בניתוח על מדד רציף של חומרת הסימפטומים. | √ |  |  |  |
| 10 | אחוז השונות המוסברת באמצעות ההבדלים המוחיים במדד הבינארי (הפרעת קשב כן/לא) הוא זניח.  |  |  | √ |  |
| 11 | חוקרים רבים שמוצאים הבדלים מוחיים נמצאים במצב של ניגוד עניינים (e.g., Hoogman et al., 2017). |  |  | √ |  |
| 12 | כל הממצאים בספרות על מחקרי הדמיה לא מתכנסים לכדי אזורים מוסכמים במוח. | √ |  |  |  |
| 13 | מבחנים ממוחשבים לפני ואחרי ריטלין אינם מייצגים מצבי חיים רגילים מחוץ למעבדה.  |  |  |  | √ |
| 14 | מבחנים ממוחשבים מתבססים על הנחת האפקט הפרדוקסלי, הנחה מופרכת גם מבחינה לוגית וגם מבחינה אמפירית.  |  |  | √ |  |
| 15 | כל רשימת הסימפטומים של הפרעת קשב מתבססת על קריטריון אחד של פגיעה בתפקוד. |  | √ |  |  |
| 16 | קריטריון הפגיעה בתפקוד עבר "ריכוך" עם השנים לקריטריון של הפחתה בתפקוד. | √ |  |  |  |
| 17 | הפחתה חלקית בתפקוד אינה קריטריון מספק לאבחנה מפני שלכולנו יש נקודות חוזק ונקודות חולשה (Neurodiversity).  |  | √ |  |  |
| 18 | הערכת הסימפטומים מתבססת על נקודות חתך אמורפיות (המילה: often) ועל הערכות משתנות בין הורים ובין מורים (בעיית מהימנות בין שופטים).  | √ |  |  |  |
| 19 | בין הסימפטומים של ההפרעה מתקיימת חפיפה רבה. | √ |  |  |  |
| 20 | חלק מהמופעים של הפרעת הקשב לא חולקים אפילו סימפטום משותף אחד.  |  | √ |  |  |
| 21 | הסימפטומים נעלמים בחופשים ובמגוון סיטואציות שאינן קשורות לבית הספר (כולל בקריאת ספר וכולל במשרדו של הקלינאי). | √ |  |  |  |
|  | **פרק שישי – מקרי קיצון** |  |  |  |  |
| 22 | מקרים קיצוניים בהם יש חריגות, מצוקה ופגיעה בתפקוד שאינם קשורים לבית הספר, אינם באים לידי ביטוי בקריטריונים הדיאגנוסטיים של הפרעת קשב כי אם בקריטריונים של הפרעות אחרות. |  | √ |  |  |
| 23 | משימת האבחנה מבדלת היא קשה לאור מספר רב של אפשרויות שעלולות להיראות כמו הפרעת קשב (לפחות 16 על פי ה- DSM). |  | √ |  |  |
| 24 | הפרעת קשב נמצאת בקומורבידות קיצונית (70%) עם הפרעות נוספות. |  | √ |  |  |
| 25 | הפרעת קשב נעדרת את הסטיגמה השלילית שמאפיינת את הפרעות הנפש. |  | √ |  |  |
|  | **פרק שביעי – הטיפול התרופתי** |  |  |  |  |
| 26 | המחקר על הטיפול התרופתי סובל מהטיית פרסום ולרבים מהחוקרים יש קשרים כלכליים עם חברות התרופות. | √ |  | √ |  |
| 27 | יעילות הטיפול התרופתי היא מוגבלת. זאת בעוד שהוא גורם למצוקה ואולי אף לסכנה. |  | √ |  |  |
| 28 | חסרים מחקרי אורך מבוקרים ורנדומליים (RCTs) על ההשפעות החיוביות והשליליות של הטיפול התרופתי לטווח ארוך. |  |  | √ |  |
| 29 | העלון לצרכן מנוסח באופן שמנסה למזער (ואולי אף להסתיר) את עוצמתם של תופעות הלוואי של התרופה.  |  |  | √ |  |
|  | **פרק שמיני – תמונת העל** |  |  |  |  |
| 30 | העדר חסכנות מדעית (פרסימוניות) גורמת לחוסר יציבות של המבנה התיאורטי. |  | √ |  |  |

**\*הסבר על הטבלה**

המונח מהימנות (reliability) מתייחס ליכולת למדוד משתנים (variables) בצורה מדויקת ועקבית עם כמה שפחות טעויות. טור המהימנות בטבלה כולל את הסוגים השונים של מקדמי המהימנות: יציבות לאורך זמן, אקוויוולנטיות בין אמצעי הערכה שונים, מהימנות בין שופטים, ועקיבות פנימית. מהימנות היא תנאי הכרחי הן לתוקף (ראו להלן). ההערכה של המשתנה והן של מסקנות וממצאים מחקריים שמתבססים על אותה הערכה. כלומר, כאשר ישנה בעיית מהימנות בהערכת המשתנה, אזי בהכרח ישנה גם בעיה בתוקף ההערכה ו/או הממצאים המדעיים (Holt et al., 2012). המונח תוקף (validity) מתייחס למידה בה המשתנה עצמו (למשל הפרעת קשב), הדרך להעריך את קיומו ועוצמתו (התצפיות וכלי המדידה), והמסקנות והממצאים שמתקבלים ממחקרים שנערכים אודותיו מבוססים על יסודות מדעיים מוצקים ומתכתבים עם המציאות (Brewer & Crano, 2000).

בתחום המדידה, המונח תוקף מתייחס למידה בה המשתנה התצפיתי (למשל שאלון קונורס) אכן מצליח למדוד את המשתנה התיאורטי אותו הוא אמור למדוד (למשל הפרעת קשב). ישנם מספר סוגי תוקף מדידה (למשל תוקף ניבוי ותוקף תוכן) אך בטבלה זו נתייחס בעיקר לתוקף מבנה ונשתמש בו באופן מושאל גם בנושאים שאינם קשורים ישירות למדידה. המונח תוקף מבנה מתייחס למידה בה ישנה הלימה בין המשתנה התצפיתי לבין המבנה התיאורטי של אותו משתנה (Cronbach & Meehl, 1955). תוקף המבנה מתייחס גם לקשרים של המשתנה עם משתנים תיאורטיים רחבים יותר (למשל פסיכופתולוגיה באופן כללי), כלומר למידת ההתאמה של מאפייני הפרעת הקשב לתיאוריית העל בפסיכולוגיה אבנורמלית שכוללת את הקריטריונים הדרושים לשם מתן אבחנה פסיכיאטרית, וגם לתוקף מבנה הספציפי של המושג התיאורטי עצמו (הפרעת הקשב), לרכיבים שבתוך המושג ולקשרים ההיפותטיים הקיימים ביניהם. בתוקף המבנה הספציפי כלולים שני סוגי תוקף הידועים בשם תוקף מבחין ותוקף מתכנס ומתייחסים בעצם לבקשה הבדיונית של הנסיך הקטן לצייר כבשה עם הפרעת קשב שתכיל רק את מרכיבי המשתנה התיאורטי מבלי לכלול רכיבים מתוך משתנים תיאורטיים אחרים.

בתחום המחקר האמפירי, המונח תוקף פנימי מתייחס למידה בה ניתן להסיק מסקנות לגבי הקשרים בין הגורמים השונים (תוך עדיפות לקשרים סיבתיים), על סמך כלי המדידה, המדגם ומערך המחקר (Brewer & Crano, 2000). על מנת לאפשר לחוקר להסיק על סיבתיות ולשלול את קיומם קשרים מזויפים ומשתנים מתערבים, מומלץ לערוך מחקר אקראי ומבוקר (RCT; Randomized Control Trial) ולגשת אליו בצורה אובייקטיבית עם כמה שפחות ניגודי עניינים. תוקף אקולוגי מתייחס למידה בה תוצאות המחקר רלוונטיות לסיטואציות מהחיים האמיתיים, מחוץ למסגרת המחקר. סוג תוקף זה חשוב על מנת לאפשר הכללה של תוצאות המחקר לאנשים, מקומות, מצבים וזמנים אחרים (Mitchell & Jolley, 2012).

לכל אחד מהמאפיינים של הפרעת הקשב והכשלים המדעיים שמופיעים בטבלה יש וודאי תירוץ מצוין שידוע למספר מצומצם של חברי הקונצנזוס המדעי. אך כאן המקום להזכיר את עיקרון העזר הפילוסופי-מדעי שנקרא עיקרון הפרסימוניות (Epstein, 1984), או בכינויו הבריטי, 'תערו של אוקאם': כאשר מונחים לפניכם כמה הסברים לאותה תופעה, מומלץ לחתוך בתער חד הסברים מורכבים ומסובכים ולבחור בהסבר הפשוט ביותר שמערב את המספר המועט ביותר של מושגים וחוקים. כאשר הממסד הפסיכו-רפואי מקדש, כמעט באופן דתי, את הנחת המוצא שהפרעת קשב היא הפרעה נוירו-התפתחותית "אמיתית" שמקורה בפגם מוחי, אזי הוא נזקק למספר רב של המשגות והסברים, חבטות טניס נואשות אם תרצו, שמטרתם להציל את המגדל התיאורטי המתמוטט של הפרעת הקשב. חלק מהחבטות הללו הן כה חלשות עד כדי כך שאפילו החובט של 'הפועל קונצנזוס', עם כל אוגדת המדענים שמאחוריו, מוותר על תגובה עניינית מסודרת לכל הבעיות שמאפיינות את הפרעת הקשב ועובר להתקפה ישירה על היוקרה ועל האמינות של המוען של המסר (מקבוצת צפרירים אנדרדוג).

שיתקפו כמה שהם רוצים. הטבלה לא משקרת. יש לפחות "30 סיבות למה" הפרעת קשב אינה ראויה להיכלל במדריך האבחנות הפסיכיאטרית. כל שצריך זה לעשות לרגע זום-אאוט מתוך הרשימה של שמונה-עשר הסימפטומים החופפים והרעועים של ההפחתה בתפקוד המופיעים ב- DSM ולשאול איפה באים לידי ביטוי הסימפטומים הללו ומתי הם עלולים לגרום למצוקה. כאשר נעשה זאת, תעלה לנגד עיננו תשובה פרסימונית, חסכנית מבחינה מדעית, שתיישב את כל הליקויים שבטבלה. כן בהחלט, יש שונות נוירולוגית. יש ילדים עם נטייה לאנרגטיות ו/או לחולמנות ויש ילדים שנוטים לאימפולסיביות ולמוסחות אבל לילדים האלו אין שום בעיה פסיכיאטרית. אין צורך בהוספת המשגות מיותרות כמו "פגם מוחי" (שמשום מה אי אפשר לראות במחקרי הדמיה), "חוסר איזון כימי" (שמתבסס על הנחה מופרכת של אפקט פרדוקסאלי) או קומורבידיות קיצונית (שלא מאפשרת להפריד בין הפרעת קשב לבין מצבים אחרים). זאת משום שהפרעת קשב היא לא הפרעה אורגנית נוירו-התפתחותית. הפרעת קשב היא תוצר של מפגש עגום בין ילד בריא לבין מערכת החינוך.

אז מה עושים? יש כאלו שסוברים שכדי לרכך את המפגש הזה בין הילד לבין מערכת החינוך, עלינו לתת לו טיפול תרופתי. לשיטתם, נטילת סמים ממריצים שמשפיעים ישירות על המוח הן דרך לגיטימית לשפר ביצועים לימודיים. בעצם מבחינתם, המילה 'לגיטימית' היא אנדר-סטייטמנט. התומכים בטיפול התרופתי מאמינים שכאשר אנו מונעים מילדים את התרופה, אנחנו "מקצצים לילד מראש את השאיפה קדימה". הפרעות קשב לדבריהם הן למעשה "התחום היחיד שבו מקצצים לנו את הידיים והרגליים... לא נורא שלא תהיה בכיתת מחוננים, לא נורא שלא תהיה דוקטור או פרופסור. ובלבד שלא יטופל בתרופה" (גל, 2019).

אחרים סבורים אחרת, בטח כאשר מדובר בילדים צעירים שמוחם מתפתח בצעדי ענק ובטח כשמדובר בסמים פסיכיאטרים שחודרים את מחסום הדם מוח ושעלולים לגרום להתמכרות ולתופעות לוואי ארוכות טווח (ראו לעיל, בפרק 7). מתן תרופות פסיכיאטריות לילדים אנרגטיים ו/או חולמניים שלא מסתדרים במסגרת בית הספר אינו רחוק בעיניי ממתן תרופות פסיכיאטריות לתלמידי ישיבה שהגיעו לבגרות מינית ולא הצליחו להתאים את עצמם למסגרת החינוך החרדית. לוּ הטיפול התרופתי היה ניתן אך ורק במקרי הקיצון המתוארים בפרק 6, מקרים חריגים שאינם מתאימים לאבחנה של הפרעת קשב כי אם לאבחנות אחרות חמורות ממנה, לא הייתי טורח לכתוב את המאמר הארוך שלפניכם. בפועל, התרופות הפסיכיאטריות ניתנות בהיקפים בלתי נתפסים (Sultan et al., 2018), משל היו סוכריות בר מצווה, תוך ניסיון למסגר אותן כהתערבות לגיטימית לשיפור ביצועים אקדמיים (כאילו כאשר הילד יהפוך ל"דוקטור או פרופסור" הוא יתרפא מהמחלה ולא יהיה זקוק לתרופות לשם קריאת מאמרים ארוכים כמו המאמר הזה). בעיניי, תפיסה זו אינה רחוקה מהתפיסה שמונחת בבסיס 'כנס העתידניים' של סטניסלב לם (Lem, 1985) ולהערכתי, יום אחד, בעוד כמה שנים, מורים ילמדו בבתי הספר על התקופה ההיא בהיסטוריה בה מבוגרים נתנו לילדים חומרים כימיים ממריצים שמשפיעים ישירות על המוח, כדי לשפר את הביצועים האקדמיים שלהם.

איזה מזל שנותרו עוד גבולות אחרונים "שמקצצים לנו את הידיים והרגליים" ולא מאפשרים לכל ילד באשר הוא לשפר את ביצועיו באמצעות חומרים פסיכואקטיביים. כיום עדיין דרוש תיוג פסיכיאטרי לשם נטילת חומר הכלול בפקודת הסמים המסוכנים באופן יומיומי. ואולי יום אחד התיוג הפסיכיאטרי יצומצם לאותו חלק קטן, שלא לומר פצפון, מתוך אוכלוסיית הילדים שמאופיין בחריגות כה קיצונית שלא מאפשרת להם להשתלב בחברה ללא טיפול תרופתי. כמובן שבמקרה זה כבר לא יהיה מדובר במה שאנו קוראים היום 'הפרעת קשב' שהיא פתולוגיה מומצאת שנשענת כל כולה על קריטריון אחד רעוע של הפחתה בתפקוד, בעיקר בבית הספר.

**מילות סיום**

קוראים יקרים, גם לי יש גילוי נאות. לא, לא, אל דאגה, אינני מקבל תמיכה כלכלית מחברות התרופות, אבל לפני הדוקטור ולפני הפסיכולוג, אני קודם כל אבא – אבא שהופתע לגלות שהילד הבריא והשמח שלו "סובל" מהפרעה נוירו-התפתחותית שאלמלא תטופל, היא עלולה להחמיר ולגרום לדיכאון. מבקריי מוזמנים לטעון כלפיי שעמדתי בנושא של הפרעת קשב אינה אובייקטיבית. אהלן וסהלן (רק שלא ישכחו להגיב עניינית לכל אחת מ- 30 בעיות המהימנות והתוקף, מבלי להפר את עקרון הפרסימוניות), עמדתי אכן מוטה. היא מוטה לטובת הילד הפרטי שלי כמו גם לטובת הילדים וההורים המודאגים שמגיעים אלי לקליניקה.

כמו כל ההורים, גם אני במצוקה מול מערכת החינוך וגם אני מתלבט באיזו דרך ללכת בעבור הילד. בעיניי, אנחנו ההורים, אנחנו הגיבורים של הטרגדיה ההיסטורית הזאת הקרויה הפרעת קשב. עלינו לתמרן במרחב עוין, בין הדרישות במקום העבודה שלנו לבין הדרישות במערכת החינוך המיושנת, כאשר בתווך יושבים (כלומר, מנסים לשבת) הילדים הבריאים שלנו, שובבים ואנרגטיים עם קוצים בישבן ועם טווח קשב שגודלו כמשך סטורי ממוצע באינסטגרם. בהעדר פתרון זמין ומיידי למצב כמעט בלתי אפשרי, מובן כיצד הפך הטיפול התרופתי לברירת המחדל.

לתחושתי הלא מתוקפת מדעית, אנו עומדים כיום בנקודה היסטורית חדשה. העלייה בשיעורי האבחנה ובשיעורי הטיפול התרופתי התרחשה עד כה מול מסך סגור אבל הזינוק שנצפה בשנים האחרונות חצה את מחסום החריגות הסביר והרים בבת אחת את המסך מעל ההמצאה הקרויה הפרעת קשב. הקונצנזוס המדעי שתוחזק עד כה על ידי חברות התרופות בתוך תיבת תהודה המגבירה את עצמה, נסדק. מרוב ריטלין התיבה החלה לגלוש וכיום חוקרים וקלינאים רבים בעולם מערערים על תוקף האבחנה וטוענים את הטענה הפשוטה לפיה: בני אדם הם נורמאליים עד אשר יוכח אחרת. לפיכך, הקוד האתי הרפואי מחייב אותנו לספר לציבור שהפרעת קשב היא לכל הפחות אבחנה שנויה במחלוקת.

בנקודת הזמן הזו, אפשר אם רוצים לנסות ולהמשיך לעשות שמיניות מדעיות שיתמכו במגדל התיאורטי המופרך לפיו עשרות אלפי ילדים בישראל ועשרות מיליוני ילדים ברחבי העולם לפחות סובלים מהפרעה נוירו-פסיכיאטרית חשוכת מרפא ובכך להמשיך לדחוק אותם להתאים למערכת הקיימת. לחילופין אפשר פשוט להסיר את הפרעת הקשב ממדריך האבחנות הפסיכיאטרי. יש לפחות "30 סיבות למה" ההפרעה לא עומדת בקריטריונים למתן אבחנה פסיכיאטרית. במקום, לתת לילד תיוג פסיכיאטרי נעדר מהימנות ונעדר תוקף מדעי, הבה נקרא לשינוי – נחבק את חבילת האישיות הנהדרת של הילד, עם כל התזזיתיות, האנרגטיות המתפרצת ושמחת החיים שלו ונייסד עבורו ועבור הדורות הבאים, מערכת חינוך שבאמת שמה את הילד ואת רווחתו הנפשית במרכז, אפילו שהוא לא מקשיב ומתעסק עם המסטיק שדבוק מתחת לשולחן.

1. חלק מהציטוטים במאמר מומחשים באמצעות צילומי מסך שנערכו בתאריך 15.12.19. ההדגשות באמצעות קו תחתון ירוק בתוך הצילומים הן שלי (י.א). [↑](#footnote-ref-1)